

## Formulaire de demande de soutien dédié aux associations

### 1. Identité de l'association

- Nom de l'association : .....
- Numéro SIRET : ..... Date de création : .....
- Adresse du siège : .....
- Téléphone : ..... E-mail : .....
- Site Internet (le cas échéant) : .....
- Nom du représentant légal : ..... Fonction : .....
- Téléphone / Mail du représentant : .....
- Activité principale de l'association : .....

#### ! Conditions de recevabilité liées à l'association :

L'association **ne peut être qualifiée d'association « transparente »** (distincte de l'hôpital sur les missions, la gouvernance et les moyens de fonctionnement)

Par la présente demande, l'association **s'engage au respect des engagements républicains** (Respect des lois de la République, Liberté de conscience, Liberté des membres de l'association, Égalité et non-discrimination, Fraternité et prévention de la violence, Respect de la dignité de la personne humaine, Respect des symboles de la République etc).

### 2. Objet de la demande

- Intitulé du projet ou de l'action à soutenir : .....
- Période concernée : .....
- L'action souhaitée est :
 

<input type="checkbox"/> au bénéfice des patients	<input type="checkbox"/> au bénéfice des personnels
<input type="checkbox"/> au bénéfice des étudiants	<input type="checkbox"/> en lien avec l'activité de l'hôpital
<input type="checkbox"/> au bénéfice des usagers (famille, visiteurs etc)	
- Type de soutien sollicité :
 

<input type="checkbox"/> Subvention <b>financière (monétaire)</b> : .....	€
<input type="checkbox"/> Soutien <b>en nature (matériels, locaux...)</b> : .....	
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....	

*Expliquez ici les motivations pour lesquelles vous sollicitez ce soutien : besoins, objectifs, impact attendu, contexte, difficultés éventuelles...*

---



---



---



---



---

### 3. Engagement du représentant légal

Je soussigné(e), ....., représentant(e) légal(e) de l'association ....., certifie l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire.

Fait à : .....

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature et cachet de l'association

<b>Annexes à joindre impérativement à la demande de soutien</b>
---

✓ **Pièces à joindre (cochez si jointes)**

- RIB au nom de l'association
- Statuts
- Rapport d'activité de l'année précédente
- Dernier compte de résultat / bilan
- Attestation d'assurance
- Convention de partenariat avec les Hôpitaux Paris Est Val de Marne le cas échéant